

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)
ການເວົ້າຮ່ວມສະລະສິດ HCBS ດ້ວຍຄວາມສະມັກໃຈ
VOLUNTARY HCBS WAIVER PARTICIPATION

ຊື່ຂອງລູກຄ້າ (ໃຫ້ພິມ)	ເລກ DDD
<p>ທ່ານກຳລັງຢູ່ໃນການພິຈາລະນາຕໍ່ການບໍລິການໃນການສະລະສິດ _____. ການສະລະສິດນີ້ ແມ່ນໄດ້ຖືກອະນຸມັດພາຍໃຕ້ມາຕຣາຂໍ້ທີ່ XIX ຂອງທັມມະນູນຂອງກົມປະກັນສັງຄົມ (SSA) ເພື່ອໃຫ້ການດູແລຮັກສາແກ່ຜູ້ທີ່ມີເງື່ອນໄຂໄດ້ຮັບທຸກຄົນ ບໍ່ວ່າຈະຢູ່ຕາມບ້ານຫລືຕາມຊຸມຊົນ.</p>	
<p>ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກແນະນຳກ່ຽວກັບທາງເລືອກ ເພື່ອຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການພາຍໃຕ້ການສະລະສິດຂອງ DDD HCBS.</p>	
ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ	ວັນທີ
<p>ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກແນະນຳກ່ຽວກັບທາງເລືອກການໄດ້ຮັບການບໍລິການຂອງຂ້າພະເຈົ້າແລະເລືອກເພື່ອຮັບການບໍລິການຕ່າງໆຕາມສະຖາບັນ.</p>	
ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ	ວັນທີ
ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ	ວັນທີ

ນຳສະເໜີ: ຜູ້ຕາງໜ້າທາງກົດໝາຍ
ສຳນວນເອກສານຂອງລູກຄ້າ